

ケアカンファレンスの理論と実際 (その1)

—— ケアカンファレンスとは何か ——

野村 豊子

Care Conference : Theory and Practice (1)

—— Overview of Care Conference ——

Toyoko NOMURA

This research note provides an overview of what care conference is about. It begins by positioning care conference. Care conference is defined to have important functions in care management as mediator, supporter and realizer, of client-oriented approach. The author points out sources of confusion around care conference to be clarified in improving the effectiveness and quality of future care conference.

In the second section, the development of case management concept within the context of Japan is outlined. Issues of accessibility and availability of services, which call for strategic approaches to meeting client's needs and means, are brought up. Three conceptual models of care management (Minimum Model, Coordination Model, Comprehensive Model) originally proposed by Ross (1980) are presented. Each model reflects the phase of care management, functions and goals.

Third, care-package as potential focal point of care conference is considered. As a proposal of conditions towards effective care planning, Hardcastle et al. (1996)'s conceptualization of SMARRT is mentioned. SMARRT stands for Specific, Measurable, Acceptable, Realistic, Result Oriented and Time Specific. Care conference can be viewed as decision making stage of care planning in the process of care management. Care-package as home-care service plan can be one of the care plan themes to be discussed and explored.

As the term speaks to itself, care management is managing care as a whole rather than case-by-case. Thus, care conference is holistic and cohesive in nature. Defining significance of care conference, then, is necessarily multiple dimensioned by the webs of human relations of individuals involved in and through the process of care conference. As the forth section, the significance of care conference is delineated in relation to client, client's families, care providers, care manager, service providers and social resource of the community.

Finally, the view of care conference as collaboration among teams of multidisciplinary professionals is pursued. Teams can be classified into client team or manager's provider group, network association team and formed teams (Ovretveit 1993). Recognizing care conference as an essential procedure of care

management and examining team relational patterns can contribute to make care conference more effective.

As a conclusion of the research note, key issues of care conference in relation to the implementation of the new system are briefly pointed out. In addition, future necessity of developing theoretical framework of care conference is proposed.

1. はじめに

ケアカンファレンスは、ケアマネジメントの過程において、利用者主体の在り方を支え具体化するという重要な役割を持つものである。(図表1) しかしながら、その理論や実際については、ケアマネジメント過程の他の局面に比較し、現在のところ殆ど展開がされていない。筆者は別稿でケアカンファレンスの混乱と題し、以下のような論点を指摘した。¹⁾

第1には、従来のケース検討会議と介護支援専門員のケアカンファレンスの混乱がある。

第2にサービス調整会議とケアカンファレンスの混乱も見られる。

第3にケアプラン策定をさらに有効な利用者主体のプラン策定へと展開するという、その定義自体の曖昧さに起因する混乱がある。

第4にケアカンファレンスから実行、モニタリングへという位置づけが不十分で、とりわけモニタリングの実際を合意する点が見られない。

第5にケアカンファレンスに必要なスキルの多くの部分は、面接・コミュニケーション・グループワーク・チーム・家族等別々に展開してきたソーシャルワークの援助技術の集積の上に成立する。しかし、1つ1つの要素が根づいていないことに起因するスキル概念と実際の混乱がある。

第6にケアカンファレンスとスーパービジョン、コンサルテーションは別なものであるが、後者の2つの内容や機能との混乱も見られる。

第7に学習方法自体の混乱である。ケアカンファレンスの学習では、利用者と利用者の家族が参加する場面をロールプレイを通して学べるように組んでいる。この方法は、参加者による学習の程度の差が大きい。例えば他のコミュニケーション技法や面接技法の学習とは異なる差の大きさであり、学習の方法を段階的に検討し直すことも必要になる。

第8に、保健・医療・福祉の連携・協同・統合の諸段階によってケアカンファレンスのありかたは異なり、一律にみると混乱が増す。

第9に介護支援専門員のケアカンファレンスはどうなるのか明確になると、次には、同じメンバーによる困難ケースの検討会議などのカンファレンスはどうなるかという混乱も出てくる。

本稿では、ケアカンファレンスとは何かについて、上述のさまざまな論点を基に検討する。

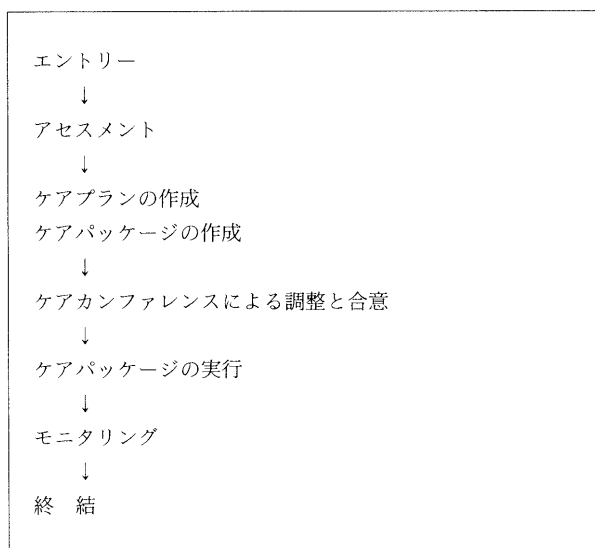
2. ケースマネジメントの必要性和意義及びケアカンファレンスの位置

(1) ケースマネジメントの必要性の背景

ケースマネジメントの方法が、日本において重要となってきた背景には次のような理由がある。²⁾

まず第1に、施設ケアから在宅ケアへという重点の移行に伴い、ケースマネジメントの意義は大きくなってきた。ここで在宅ケアとは、“クライアントおよび家族の生活困難を解消するような何らかのサービスを供給することによって、地域におけるクライアントの

図表1 ケアマネジメントの展開過程



居宅での生活を継続させる意図をもつ”という概念で捉える。この在宅ケアには、①対象はクライアントおよび家族であること、②何らかのサービスを供給すること、③居宅での生活を継続させる意図を有することという三要素が含まれている。

在宅ケアへの重点の移行は、居宅での生活を継続可能とするための利用者のニーズを把握し、その充足が課題となる。それ故、地域にある潜在的な社会資源をサービスとしてクライアントに供給することが必要になってきた。そこでは、社会資源の掘り起こしが重要であり、先にサービスありという状況ではなく、利用者のニーズに基づいたケースマネジメントの基本が求められている。

第2点として、行政サービスの縦割りの弊害の除去が上げられる。社会福祉や保健・医療だけでなく、教育・住宅・雇用・所得保障などの各施策の相互関連性が弱い現状がある。利用者が、これらの行政サービスを重複あるいは選択して活用する場合には、さまざまな点で使いにくい状況となっている。ケースマネジメントは、これらの弊害を軽減・除去して、各施策間での関連性をもたせ、サービス自体を柔軟で人間的なものにするという機能をもっている。さらに、現在の多様なサービスをつなげるだけではなく、縦割り行政を改善していくように側面から働きかけるという役割も有する。

第3点として、サービス供給主体の多元化が背景にある。行政のサービスの他に、住民参加型、市場型のサービス、農協や生活協同組合を母体とするものなど、供給主体が多様になり、利用者にとっては選択する幅が広がってきている。

しかし、このサービス供給主体の多元化は、それを活用する時、内容や方法などについて未知の部分を拡大してしまう懸念もある。誰かが積極的に利用者に情報を提供し、利用者のニーズを基にして各サービス間を結びつけていかないと、サービスは現にあって使わうまでにはいたらないという状況になる恐れもある。今後供給主体はますます多元化し、社会資源およびサービスは複雑になる。利用者が、それらを自らのニーズ充足のために活用する際には、ケースマネジメントの機能が欠かせない。³⁾

ここで、諸外国の高齢者ケアに関する諸制度において、例えばドイツでは公的介護保険制度は出来たが、ケアマネジメントのシステムは基本的には、一心同

体とはなっていない。英国では1983年のコミュニティー・アクト以降、ケアマネジメント（ケースマネジメント）のシステムが展開されている。⁴⁾また、カナダにおいて、ケースマネジメントは各州によって異なるが、そのシステムは多くの州で確立している。しかしながら、介護保険はイギリスと同様に実施されていない。日本において、介護保険とケースマネジメントシステムがいわば一心同体であることは、この第三点目のサービスの多様性の進展を加速化するものとも考えられる。

第4点目として、家族介護者を中心としたインフォーマルサポートと様々な供給主体を含めたフォーマルサポートの連携が欠かせない状況がある。これらの連携が図られないと家族の介護負担が増え、第1点目でもた在宅ケアの要素である家族という対象がはずされてしまう。

ここで、介護保険とケースマネジメントシステムが一心同体である日本の高齢者ケアの特徴は、とすると、介護保険による公的サービスをフォーマルサービス、各市町村を基盤にした介護保険外のサービスをインフォーマルに含めてしまう危惧がないとも限らない。各市町村によるサービスは、本来の定義のインフォーマルサービスではない。後に述べるケアパッケージという概念を利用者中心に据える時、インフォーマルサポートとフォーマルサポートの定義、およびその現状、さらには、介護保険制度とケースマネジメントシステムの一心同体の現状から、再度把握し直すことが必要となる。

加えて、この第4点目では、フォーマルサービスを利用者やその家族が活用する時に、その方達への心理的な援助を含めたアプローチが必要とされることを指摘したい。すなわち、例えば、ホームヘルプサービスを利用する場合に、「家に入ってもらうのは嫌」という思いが家族にあれば、その思いへの配慮とサポートが必要とされる。「ヘルパーが来るから」と家をきれいにしたりして待つなどという現実もある。サービスを利用者につなげていく場合には、常に利用者とその家族から見た視点を元にすることが欠かせない。したがって、インフォーマルサポートとフォーマルサポートをつなげていくというケースマネジメントのありかたは、サービスに基本をおくサービス・オリエンティッドなものではあり得ず、利用者と家族のニーズに基づく、ニーズ・オリエンティッドなものでなくてはなら

ない。その意味で、介護保険とケースマネジメントが一心同体となっている日本のシステムでは特に注意が必要であり、ニーズ・オリエンティッドではない、サービス・オリエンティッドな流れが容易に出来てしまうことも現実である。本稿で焦点となるケアカンファレンスは、このニーズオリエンティッドなケースマネジメントのあり方を具現化できる一つの要であると筆者は考える。

第5点目として、効率の良いサービスを供給することが上げられる。限られた財政規模のもとで利用者のQOLを高めるサービスを行っていくためには、効率性の良さが欠かせない。利用者に対する諸サービス間の無駄な重複を避け、その人の望むいちばん良いサービスを効率良く提供することは、ケースマネジメントの不可欠な課題となる。

(2) ケースマネジメントの3つのモデルとケアカンファレンス

ケースマネジメントにおいて実際に行なう内容に関し、次に三様のモデルを示す。(図表2)

Aモデルは、アウトリーチ、アセスメント、ケース計画、サービス提供者への橋渡しという4つの継続的な過程から成る。

Bモデルは、Aモデルの4つの各過程に加えて、代弁者の機能、利用者への直接的な援助、サポートシステムの展開を図るという三つの要素も重視する。

Cモデルは、地域全体を視野に入れる。すなわち、

アウトリーチ、アセスメント、ケース計画、サービス提供者への橋渡し、代弁者の機能、利用者への直接的な援助、サポートシステムの展開、資源開発のための代弁的機能、供給されたサービスの品質管理、地域全体への教育、危機介入、研修という13の一連の過程や要素より成る。⁵⁾

Aモデルを最小のモデル、Bモデルを調整モデル、Cモデルを統合モデルと言いかえることもできる。

ケアカンファレンスは、ケアマネジメントにおける協働・協力の具現化された一つの過程である。ここで述べてきたケースマネジメントの三つのモデルにおいてカンファレンスの位置を見ると、Aモデルでは殆どその姿はない。Bモデルでは、例えば代弁者の機能、利用者への直接的援助、インフォーマルサポートの展開を図るなどケアカンファレンスにおいてケアマネージャーの果たす役割と重なりあう部分がある。Cモデルでは、視点を環境・地域へと移すことが重視されている。

ケアカンファレンスとの関係で見ると、もしケアマネージャーがこのCモデルの視点をもちながらそれを主催すれば、利用者や家族のケアプランの現実化のみならず、地域全体や他の利用者への予想されるサービスの質を高めることも可能となる。ケアカンファレンスにおいてはBモデルの位置付けを第一義的に考えることが現実的と考える。しかしそれは、Cモデルの重要性を否定するものではない。ケアマネージャーの質の向上を含めた今後の展開によって決まってくるであ

図表2 ケースマネジメントの3つのモデル

A 最小モデル	B 調整モデル	C 総合的モデル
<ul style="list-style-type: none"> ・アウトリーチ ・利用者のアセスメント ・ケース計画 ・サービス提供者への橋渡し 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトリーチ ・利用者のアセスメント ・ケース計画 ・サービス提供者への橋渡し ・代弁者の機能 ・利用者への直接的な援助 ・利用者のサポートシステムの展開（インフォーマル及びフォーマルサポートシステムを含む） ・再評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトリーチ ・利用者のアセスメント ・ケース計画 ・サービス提供者への橋渡し ・代弁者の機能 ・利用者への直接的な援助 ・利用者のサポートシステムの展開（インフォーマル及びフォーマルサポートシステムを含む） ・再評価 ・資源開発のための代弁的機能 ・供給されたサービスの品質管理 ・地域全体への公共教育 ・危機介入 ・モデリング及び研修

Source : Adapted from Ross(1980), p. 11. Similar tasks and distributions were found by Wright, Sklebar, and Heiman (1987).

ろう。ケアカンファレンスで何を行ない、どのような技能を必要とするか。また、それに後続するモニタリング、再評価、フォローアップでは何が必要とされるか。Cモデルにおいては、ケアカンファレンスの後のモニタリング、評価・フォローアップという過程が大きく関わっている。それらの一連の過程について内容や技能を具体的に提示する中でCモデルは見えてくる。

3. ケアカンファレンスとケアパッケージ

ケアカンファレンスの種類について、1つには施設内のケアプラン協議の場合、2つに個別の事業者における協議、3つにはケアパッケージの協議という三者を含める説もある。⁶⁾現実的な見方であり、また実際のケアマネージャーにとって理解しやすい分け方である。ただし、本来的な意味に着目すると、ケアカンファレンスは、最後のケアパッケージの協議を指すと筆者は考える。以下では、ケアカンファレンスで協議する対象は、ケアパッケージであると狭義に限定し、ケアカンファレンスの特徴を見ることにする。ケアパッケージ協議以外の場としてのケアカンファレンスについては、ケアカンファレンスの技能の箇所であふれる。

(1) ケアカンファレンスで提供されるケアプランの条件

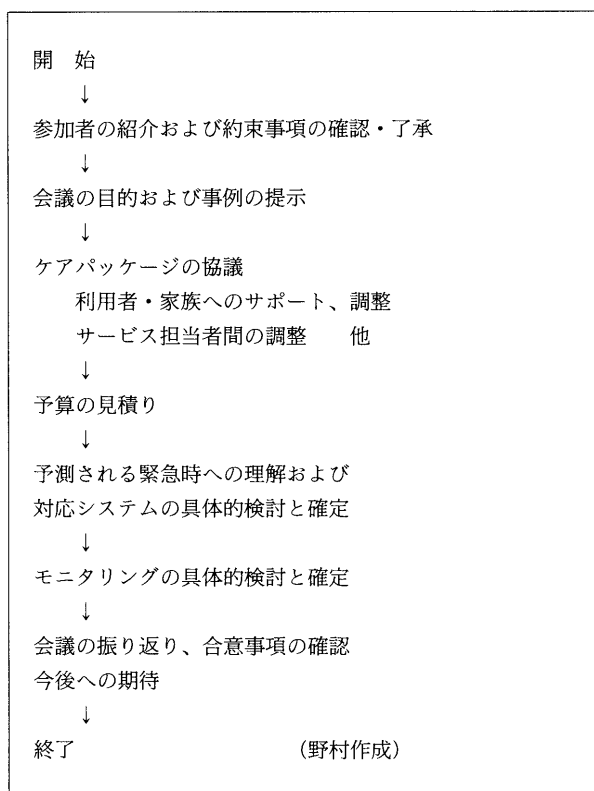
ケアカンファレンスは、原則として再度アセスメントに戻って検討されるところではない。

ケアカンファレンスでは、諸サービスの具体的な利用計画の確認、および、その明記が最終達成目標の1つに含まれている。ケアマネージャーによる利用者・利用者家族との計画過程を経て、十分に練られた個別のケアプランをケアカンファレンスの検討対象とするのであって、利用者のニーズのアセスメント過程には原則として戻らないものである。これに対して、通常のカース検討会では、アセスメントに立ち返って考え直したり、また、そうすることで、問題のより深い把握とその解決につながることも可能となる。アセスメントに戻らないということは、ケアカンファレンスにおける特徴の一つとなる。(図表3)

ここで、ケアカンファレンスに提出されるケアプランの条件を以下に示す。

Hardcastle, Wenocur, Powersはケアプランの条件について6つの要素の英語の頭文字を取りSMARRT（スマート）として提示している。⁷⁾すなわち、次の6点である。

図表3 ケアカンファレンスの展開過程



- 1 S (Specific) 明確性
- 2 M (Mesurable) 測定可能性
- 3 A (Acceptable) 関係者による受け入れの了解
- 4 R (Realistic) 現実性
- 5 R (Result Oriented) 結果重視
- 6 T (Time Specific) 時間限定

まずはじめに、ケアプランはその目標や達成課題が明確に特定されていることが重要である。さらに、例えば“～の状態を改善する”などの表現でなく“～の状態”を明確に特定し、“改善する”に加えて、どのように改善するかを具体的に示すことが求められる。この目標は、利用者との協同作業に基づいており、利用者自身が理解できる表現であることは言うまでもない。

第2に、ケアプランの目標や達成課題は、測定可能であることが必要となる。どれだけ達成されたか、あるいは達成されなかったならば、その理由は何故かなどが明記される。利用者自身が、目標及び達成課題の進み具合を理解できることが必要となる。

第3に、ケアプランの目標と課題は、利用者だけではなく、家族やサービス担当者が、共通に了解し理解していることが欠かせない。そして、具体的には契約

過程を通じて、利用者との了解事項を互いに明確化することが基本となる。

第4に、ケアプランの目標と課題は、時間、場、資源、介入方法など現にある様々の状況の中で達成可能となるものに限定される。ケアマネージャーの技能もケアプランの課題を達成できるかどうかを左右する。

第5に、ケアプランは、結果を重視している。例えばホームヘルプサービスを週2回利用するなどの表現ではなく、ホームヘルプサービスをもし週2回利用できるならば、どのようなことが利用者として可能になるかといった点を明記する。

第6に、ケアプランの目標や課題は時間を限定した枠の中で設定される。

SMMARTの6つの要素を重視したケアプランを作るためには、ケアマネージャーが利用者やその家族に対して、その策定過程に積極的に、また、無理なく主体的に関わるように促し、励ますことが必要となる。

人が新しい過程や目の前の困難に向かう時、立ち止まり、戸惑うことは当然である。果敢に挑戦することを過大に望むような対応はケアプランの策定には不釣り合いであろう。何故、ケアマネジメントに様々の過程があり、段階があるかということは、人が物事に主体的に関わる過程と結びついている。その過程全体が、片足ずつ起き上がり、立ち上がり、歩き始める1歩ずつの積み重ねであると見なすことができる。ケアプランの策定、ケアパッケージの策定、さらにそれに続くケアカンファレンスは、いわば、一歩ずつの歩みの手の届くところにある到達点である。さらに、一足とび、ないし無理矢理に歩みを進ませてしまうことの無いように設定された通過地点でもある。後続するモニタリングの具体的方法や評価を見返した上での通過地点ともなっている。それ故、ケアカンファレンスをケアマネジメントの全過程から取り出して、その形態や作業の仕方に着目することは充分とはいえない。

(2) ケアパッケージとケアカンファレンス

ケアカンファレンスは、ケアプラン策定に関わる合議のプロセスと言い換えることができる。合議の元になっているケアプランは、施設内でのケアプラン策定の場合の他に、ケアパッケージという居宅サービス計画がある。ケアカンファレンスの技能や過程を検討する際には、合議の対象が施設内のケアプランか、それとも居宅生活のケアパッケージなのかという相違により、基本的な技能および、その応用の方法も異なっ

くる。それらについては、研究ノートの後続にゆずるが、ここではケアパッケージに焦点を置くこととする。

ケアパッケージという言葉が使われるのは、コミュニティケアに関する諸文献に始まる。ケアパッケージは、サービスを基にしたアセスメントではなく、ニーズを基にしたアセスメントに裏づけされている。

図表4は、地域在住の高齢者を中心に、その人から見た諸ニーズを示したものである。その人にとっては、一番小さい円内のニーズよりも、場合によっては二番目の円のニーズの方が重要でもあることをこの図は伝えている。⁸⁾

ケアパッケージを作る時の共通認識として、次の3点を上げることができる。第1に、パッケージに含まれる人々と諸サービスについて、それが他の人間やサービスの行っている内容とどのように関係しているかを周知している。第2に、立てられたプランは、サービス担当の人々と利用者および利用者の同意に基づいたものである。第3に、利用者およびその家族は、ケアパッケージに示されたサービスの活用を通じて、自分たちの意向で、より高い生活の質を保つための大きな機会を手に入れることができるものである。⁹⁾

現在、ケアマネージャーの研修の一環としてケアパッケージの策定に関する研修が各地で行われている。このケアパッケージが、その後の実行を経て、利用者のケアに果たして有効であったかどうかという点について、評価が重要となる。

パッケージの中で供給されているサービスは、原因とも考えられ、ケアパッケージの実行後の結果と対比される。このように、原因としてのサービスおよび、その結果でもあるケアパッケージを考えることは、ケアマネジメントの過程全体の評価を促すものである。ケアマネジメントとアセスメントの過程の評価をする際には、アセスメントからケアマネジメントに移る時の継続性に着目する。ここで二つの事に注意したい。第1に、利用者のアセスメントは、利用者にとって今後どのように暮らしていきたいかということに基づいたものである必要がある。

第2に、ケアマネージャーは各機関で行われているアセスメントを検討し、さらに利用者の今後何々したいというニーズに基づいた計画に読み替えていく作業を必要とする。さまざまなサービス供給主体では、一人の利用者に対してそれぞれの機関で行われているアセスメントを行いやすいが、それでは前述の利用者の

何々したいという意向を促進することは難しい。各機関がそれぞれの特長に基づいたアセスメントを独自で行っていると、利用者の生活の質を高めていくという変化は期待できない。ケアマネジャーは各機関のアセスメントに対して、統制と協働を促す十分な権威を持たなければならない。ケアマネジメントにおけるケアプランは、異なった職種および相違する機関の考え方を超えて、一つのケアパッケージとして作りあげられるものである。ケアマネジメントは、利用者とサービス供給機関および、その他の支援機関などすべてを含みながら、可能性を現実にも机上の計画に統合させていくものである。その意味で、ケアカンファレンスは要めの位置にある。

各機関で立てられている利用者への全体的なプランと、ケアマネジャーの立てる全体的なプランとは違うものである。例えば、一人の要介護高齢者がデイサービスの入浴サービスを活用している。さらに、そのデイサービスでは一連のサービスとして移送・健康チェック・食事も含まれている。このデイサービスで行われているサービスは、一見利用している高齢者の総合的なサービスに見えるが、そうではない。サービスを基盤にした供給の仕方であって、先ほどから述べているニーズに基づいたアセスメントから引き出したもので

はない。

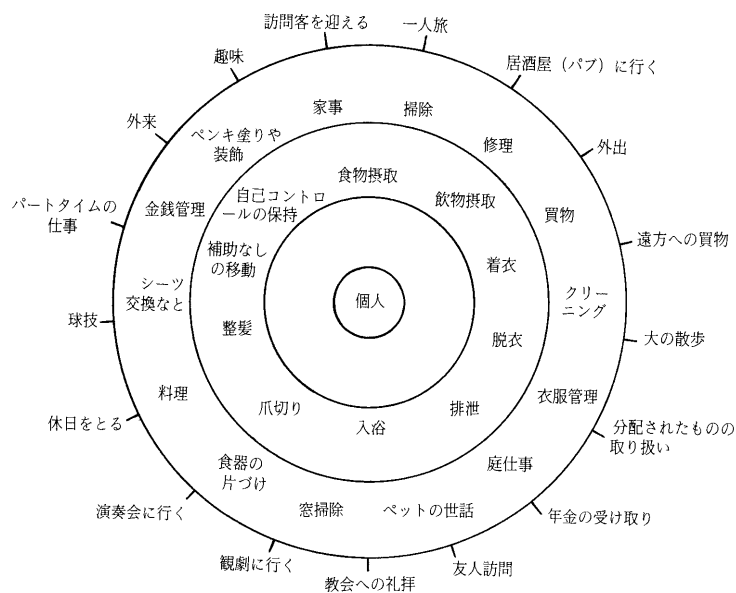
全体的なアセスメントを基に各機関の調整を図りながら、利用者と利用者の家族の意向を重視したプランが立てられる。ケアマネジャーは、各機関の担当者とは異なる権威と責任で、利用者およびその家族の何々したいという意向を基にした計画をさらに推し進めていくものである。ケースカンファレンスとの相違を強調すると、ケアカンファレンスにおいてはケア計画を実際に進め、より適切なサービスを得るようにはかり、利用者とその家族を援助するものである。

このように見てくると、ケアカンファレンスは、利用者とその家族に対して、「すでに立てたケアプランに含まれているさまざまなサービス担当者の存在とサポートは、現実にも手に入れることができる」という期待を保証する場であるといえる。さらには、「もしもこの様なサービスや人々の支援があるならば、こんなこともやってみたい」と一歩前に進むことを可能にする機会である。

4. ケアカンファレンスの多面的意義

ケアカンファレンスの意義には、一方で利用者にとっての意義、家族にとっての意義、関係するケア従事者にとって、ケアマネジャーにとってという、いわば

図表4 社会生活の遂行レベル（老人用）



（出典）E. Idris Williams, *Caring for Elderly People in the Community*, Chapman and Hall, 1989, p. 156.野村訳。

関係し合う個々の人間に対しての意義がある。また、他方ではサービス事業者にとっての意義、地域社会の社会資源にとっての意義など異なる領域での機能も重要になる。以下それぞれの意義についてみていくこととする。

(1) 利用者にとっての意義

利用者とケアマネジャーの協同作業により作成したケアプランを具体的に実行することが目前にある。それは、個々の選択および責任という自立への意識がさらに高まる時でもある。

新しい試みを行なう際には、また、始めて人と出会う時には、戸惑いや不安を抱くものである。しかし、ケアカンファレンスを通じて具体的に自分の目と耳で今後の生活への一步を理解できるので、過剰な戸惑いや不安は軽減する。他者に頼りながら自立をはかり、自分らしさを大切に生活の質を築いていく一步となる。ケアカンファレンスは、ケアマネジャーとの一対一での関係をグループの力により、さらに強化し、今後の一步に期待を持てるように促すものである。加えて、動機づけや目標の明確化がはかられる。

(2) 利用者の家族にとっての意義

介護負担感の軽減につながるものである。また、介護者としての孤立感や孤独感があるならば、具体的なサポートを目の前にして、地域にある様々の協力体制を身近に感じることができるので、勇気づけられる時ともなる。

さらに、自分の常日頃から介護している肉親が、他の専門職の人達に自らの意向を伝えている場面に同席することは、場合によっては、利用者への尊厳を見直す機会ともなる。今後の生活の枠組みや、現在との相違が明確となり、生活設計を具体的に立てることができる。

高齢者施策を含めた保健・医療・福祉の政策・制度・システム等に目を向け、関心を深めるきっかけともなり、自覚の高い地域社会の担い手となる方もおられるだろう。

(3) 関係するケア従事者にとっての意義

ケアプランの作られた経緯、およびその内容について、より深い理解をケアマネジャーと利用者との合議の元に直接に得ることができる。それは、個別事業者のケアプランを立てる上で欠かせない情報となり、利用者に対して、より適切で質の高い内容のサービスが提供されることを導く。

地域における多職種間の連携・協同がこのケアカンファレンスという機会を通じて、明確に具体化していく。1回のケアカンファレンスは1人の利用者のケアプランの実行を協議し決定する場であるが、その合議の過程や交わされる対人交流は、別の利用者のケアプラン策定の際にも生かすことができる。

(4) ケアマネジャーにとっての意義

利用者にとって代弁者の機能をもつケアマネジャーが、その機能を発揮する重要な機会である。また、作成したケアプランの実行可能性や質が問われる場でもある。利用者、家族、サービス従事者の協同により、ケアプランの質が向上し、利用者への適切なサービスが可能となる。ケアマネジャーの仕事では、多様な地域の資源を正確かつ豊富に把握することが必修となる。ケアカンファレンスは、活用できる地域の資源を実際に学習することのできる場でもある。

利用者とその家族の家族関係が、例えば、両者にとって何らかの葛藤があり、それが妨げになっている場合には、両者間の調整を直接的にはかる機会ともなる。ケアカンファレンスは家族調整機能も含めて、多様な技能を凝縮して必要とする場である。とりわけ、モニタリングをどのように行なっていくのかについて、利用者・家族・ケア担当者の意向を含め、実行後を予測する客観的な判断の基礎となる重要な機会である。モニタリングは的確なケアカンファレンスを行なってこそ成り立つといってもよいだろう。

加えてケアマネジャーの倫理・価値観が検証される機会ともなる。

(5) サービス事業者にとっての意義

日本におけるケアマネジメントは介護保険と一心同体の関係にある。サービス事業者としては、確実な業務の遂行能力や、営利の追求という当然の行為だけではなく、それらと共に公正性、公平性への高い倫理観を検証される場であろう。一つの私的な事業者であると同時に、利用者の住む地域社会のケアリングという文化を形成する視野を取り入れることのできる機会ともなる。

(6) 地域社会の社会資源にとっての意義

ケアプランの策定は利用者とケアマネジャーの1対1の面接を基本として行なう。しかし、実際に社会資源の一部がサービスとして活用されるのは、原則的にはケアカンファレンスの合議を通してである。一人の利用者への適切なサービスの質を深く豊かに設計す

ることは、社会資源の新たな見直しを促すのもである。

前述の表3に示したケースマネジメントのモデルの中でC—統合モデルにおいては、ケアカンファレンスの評価が地域の諸サービスの展開への要めになっている。サービス評価の観点から見ても、このケアカンファレンスは、社会資源の充足度および実際の活用度を検討する重要な切り口であり、かつチェック項目でもある。

5. ケアカンファレンスとチームの種類

ケアマネジャーの役割の一つは、要介護高齢者にサービスをする人々を調整することであるのは言うまでもない。それは、視点を変えていえば、要介護高齢者の援助をどのようにまとめて統合したものとするかである。さらに、一つの地域において多職種の人から構成するチームが、1人の要介護高齢者へのケアマネジメントの諸過程でどのように形成されるかが焦点となる。

ソーシャルワークの実践理論において、上述の形成にもっとも役に立つのは、チーム理論である。それらについては、後続するケアカンファレンスの技能の稿で詳述する。ここでは、その前提として、チームの種類に関して紹介し、ケアカンファレンスをチーム理論から捉えることを示す。

ケアマネジメントにおける地域の多職種の人により構成されたチームの役割は、要介護者やその家族のニーズおよび現存するさまざまな資源や技能を最も良く、またすみやかに適合させることである。ケアマネジメントの諸過程が、様々な人々の関係によって成り立っていると考えると、各過程における個別の利用者に適切なチームの種類も異なってくる。チームの課題には、大きく分けて利用者のチーム、ネットワークの連携チーム、および公式に構成されたチームという三種がある。¹⁰⁾

ここではそれぞれについて、図式を元にふれることとする。

図表5は、ケアマネジャーが個々の利用者のニーズを基にして形成した利用者のチーム、ないしケアマネジャーのサービス供給チームである。これは利用者の取り結ぶ周囲の人との人間関係といってもよい。しかし、その周囲の人と結んでいる関係性の内容が、利用者への援助という点で共通するために、利用者のチー

ムとして見直したものである。図表5は、ケアマネジメントがいつも多くの専門職の構成するチームにより行なわれているとは限らないことを示している。利用者によっては、ケアマネジャーを必要とせずに自分のケアを調整していく場合もある。この種類のチームの代表として、ケアマネジャーが契約を取り結んで構成したサービス供給チームが考えられる。

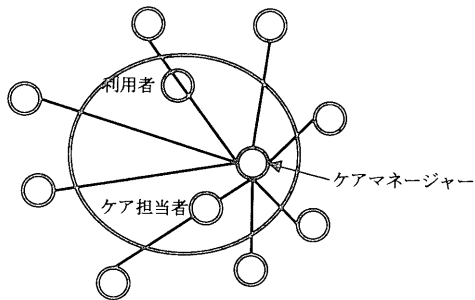
ケアカンファレンスはその過程の始めで、図表5に示すチームであることが一般的であろう。とりわけ、利用者と家族を含む場合を想定すると、ケアマネジャーが招集して、利用者のニーズに沿ってサービス供給者が集まったチームである。ケアカンファレンスというサービス調整会議と混同されやすいが、チーム概念から見ると、前者が図表5に示されるのに対し、後者は後述の既に構成されたチームの一つと考えられる。¹¹⁾

図表6に示されるネットワーク連携チームは図に見られるようにそれぞれのサービス供給者をつなぐゆるい結びつきである。

図表7から図表12に示すチームの関係図は、公式のチームの様々な形態を示している。ケアカンファレンスというと、常に変わらない固定したメンバーによるものと考えられやすい。場合によってはチームと同一概念で捉えられてしまう。しかしながら、ケアカンファレンスは、ケアパッケージを実行に移すための合同会議であり、チームの形態そのものを示すとは限らない。日本では高齢者の保健・医療・福祉に関わるチームについて述べられる時に、その形態や目的等の多様性よりも、協同・連携の理念が語られる傾向にある。ケアカンファレンスというケアマネジメントの一つの過程に焦点を当てて、チーム概念ないしその具体的な形態を検討することは、多元化するサービスやケア担当者の有効なチーム構成に示唆が得られると考えるものである。

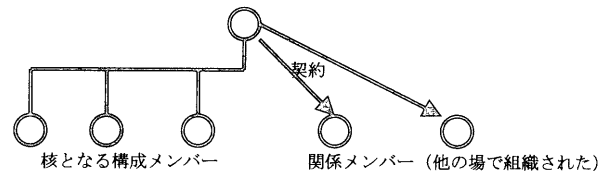
図表5から図表12までのチーム形態は、イギリスのコミュニティケアの過程で現実に具体化している事例の検討の元に示されている。日本の各地域の現状に促した保健・医療・福祉の連携の形態は、これらの図表に示される形とは異なるチーム形態を作ってきたと想定される。さらに、今後の介護保険の施行前後の急激な諸動向の中で、多様な形態が築かれていくと考えられる。

図表5 〈利用者チーム及びケアマネジャーのサービス供給チーム〉

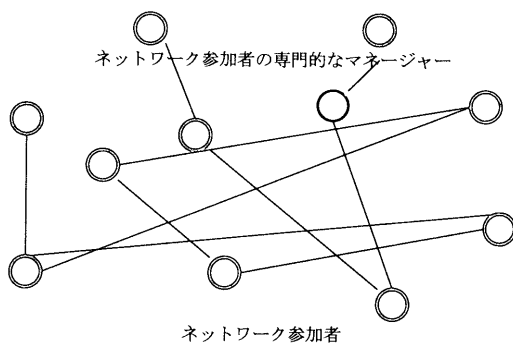


図表9 〈公式のチーム〉

核となる調整されたメンバー及び契約に基づく関係者のチーム

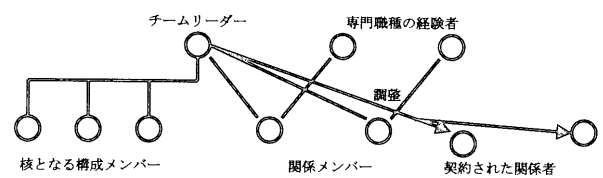


図表6 〈ネットワーク連携チーム〉



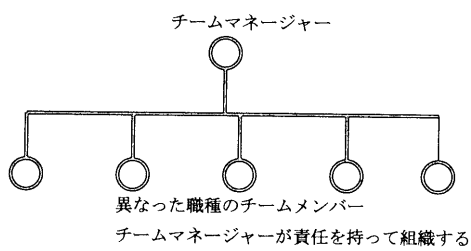
図表10 〈公式のチーム〉

組織された及び核となるよう調整されたかつ契約による関係者のチーム



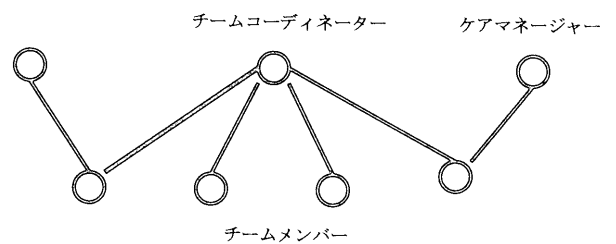
図表7 〈公式のチーム〉

全体に組織された他職種のチーム



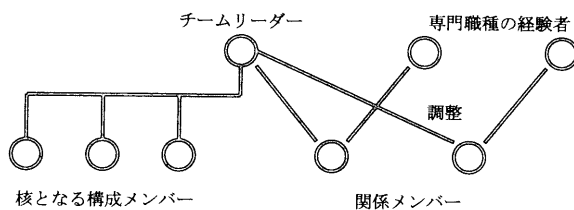
図表11 〈公式のチーム〉

リーダーが調整したチーム



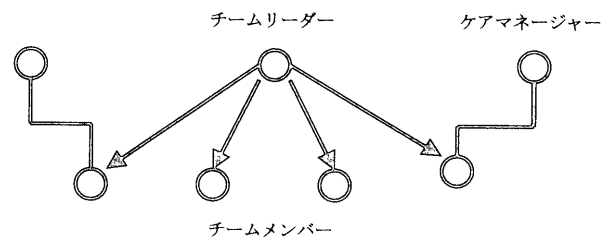
図表8 〈公式のチーム〉

核となる組織及び調整された関係者のチーム



図表12 〈公式のチーム〉

契約されたリーダーのチーム



6. おわりに

一連のケアマネジメント過程において、ケアカンファレンスは要めの位置にありながら、理論ないし実践の両側面で殆どその検討がなされていない概念である。本稿の冒頭で上げた多様なケアカンファレンスの混乱は、要介護認定後には、机上のことではなくなると危惧するものである。今後ケアカンファレンスをめぐる混乱は、実践的に解決されていくと同時に、高齢者ソーシャルワーク、ないし高齢者福祉臨床の方法論という視点からも捉え直さなければならないと考える。ケアカンファレンスに含まれる方法や技能は面接、コミュニケーション、グループ、家族、チーム等へのアプローチの応用の上に成り立つものである。

本研究ノートは、全体で4部の構成を予定している。全体の構成は①ケアカンファレンスとは何か、②ケアカンファレンスの実際と基本的技能、③ケアカンファレンスの効果評価、④ケアカンファレンスの教育・研修という4部より成る。

引用文献

- 1) 野村豊子、1999、ケアカンファレンスの混乱、介護福祉、春季号、3
- 2) 白澤政和、1996、ケースマネジメントの理論と実際、中央法規出版
- 3) 小田兼三他、1991、高齢者在宅ケア・ケースマネジメント研究班報告書
- 4) J. Bornat, C. Pereira, D. Pigrim & F. Williams (ed.), 1993, Community Care, A Reader, The Open University Press
- 5) D. Hardcastle, S. Wenocur, and P. R. Powers, Community Practice, 1996, Oxford University Press
- 6) 黒澤貞夫、1999、ケアマネジメントの実践9、ケアカンファレンス、月刊福祉、1月号
- 7) D. Hardcastle, S. Wenocur, and P. R. Powers, 前掲書
- 8) 野村豊子、1996、介護福祉援助技術、古川・佐藤・奥田編、介護福祉所収、有斐閣
- 9) P. Seed and G. Kaye, 1994, Handbook for Assessing and Managing Care in the Community, Jessica Kingsley Publishers
- 10) J. Ovretveit, 1993, Multidisciplinary Teams and Care Management, Open University Press
- 11) J. Ovretveit 前掲書